

被扶養者申告書

区分

- 認定
- 取消
- 継続

判定 伺	課長	課長補佐	係長	係

(別紙様式第15号)

組合員証記号番号				—				所属機関名															
組合員氏名				生年月日				年 月 日				標準報酬月額				(千円)							
認定(取消)を受けようとする者の氏名		性別	続柄	生年月日	職業	年間所得推計額				現住所				扶養手当受給の有無及び給与事務担当者証明印		被扶養者の要件を備え又は欠くに至った年月日及びその理由		※判定及び理由 (この欄は記入しないでください。)					
						円 千								有・無		年 月 日		判定					
				年 月 日	個人番号									有・無		年 月 日		理由					
				年 月 日	個人番号									有・無		年 月 日							
				年 月 日	個人番号									有・無		年 月 日							
				年 月 日	個人番号									有・無		年 月 日							
上記のとおり申告します。												住所 〒 [][][][] - [][][][]				所属所受付欄				共済組合受付欄			
熊本市町村職員共済組合理事長様 組合員												氏名				平成 年 月 日				印			
上記の記載事項は、事実と相違ないものと認めます。												職名				所属所長				氏名			
平成 年 月 日																印							

※太枠内で囲まれた部分は、必ず記入又は押印して提出してください。

- 「年間収入推計額」欄には、その者の恒常的な収入として見込まれる勤労所得、資産所得、事業所得、その他の所得の推計額を記入してください。(施行規程第94条)
- 被扶養者の認定を受けようとする者の個人番号を記入してください。
- 扶養事実の発生(消滅)の理由は、「被扶養者の要件を備え又は欠くに至った年月日及びその理由」欄に具体的に詳しく書いてください。
なお、被扶養者の認定(取消し)を受けようとする者が高齢者の医療の確保に関する法律第50条第2号の規定による障害の認定を受けている場合には、当該欄にその者に係る被保険者証に記載された資格取得年月日及び有効期間を記入してください。
- 「扶養手当受給の有無」欄については、給与事務担当者の証明印を受けて提出してください。

被扶養者判定通知書

組合員証記号番号					—					所属機関名	
組合員氏名					生年月日	年	月	日	標準報酬月額	(千円)	
認定(取消)を受けようとする者の氏名	性別	続柄	生年月日	職業	年間所得推計額	現住所 (組合員と別居の場合のみ記入してください。)	扶養手当受給の有無及び給与事務担当者証明印	被扶養者の要件を備え又は欠くに至った年月日及びその理由	※判定及び理由 (この欄は記入しないでください。)		
									判定	理由	
フリガナ			年 月 日		円 千		有・無	年 月 日			
			年 月 日	個人番号			有・無	印			
フリガナ			年 月 日		円 千		有・無	年 月 日			
			年 月 日	個人番号			有・無	印			
フリガナ			年 月 日		円 千		有・無	年 月 日			
			年 月 日	個人番号			有・無	印			
フリガナ			年 月 日		円 千		有・無	年 月 日			
			年 月 日	個人番号			有・無	印			
上記のとおり判定します。											
平成 年 月 日											
熊本県市町村職員共済組合										印	

共済組合からの連絡事項欄

